



# **L'hôpital malade de l'absentéisme santé : évaluation socio-économique des congés "maladie" non ordinaires chez les personnels non médicaux dans trois établissements publics d'Auvergne**

Ellie Derros

## **► To cite this version:**

Ellie Derros. L'hôpital malade de l'absentéisme santé : évaluation socio-économique des congés "maladie" non ordinaires chez les personnels non médicaux dans trois établissements publics d'Auvergne. Gestion et management. Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand I, 2012. Français. NNT : 2012CLF10395 . tel-01168277

**HAL Id: tel-01168277**

**<https://theses.hal.science/tel-01168277>**

Submitted on 25 Jun 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ D'Auvergne CLERMONT I**  
**ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES JURIDIQUES, ÉCONOMIQUES ET DE GESTION**  
**Faculté des Sciences économiques et de Gestion**  
*Centre de Recherche Clermontois en Gestion et Management*

# **L'Hôpital malade de l'absentéisme santé**

*Évaluation socio-économique des congés « maladie »  
non ordinaires chez les personnels non médicaux dans trois  
établissements publics d'Auvergne*

*Thèse présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2012  
par*

**Ellie DERROS**

*En vue de l'obtention du Doctorat en Sciences de Gestion*

## **Membres du jury :**

**- Directeur de recherche :**

Ph. TROUVÉ

Professeur HDR – Groupe ESC Clermont F<sup>d</sup> [CRCGM]

**- Rapporteurs(s) :**

M. BONNET

Professeur – Université Lyon 3, IAE de Lyon - Co-directeur ISEOR

V. CHANUT

Professeur – Sorbonne Universités, Paris 2

**- Suffragant(s) :**

M. DETCHESSAHAR

Professeur – Université de Nantes, Directeur de l'Ecole Doctorale DEGEST

J. IGALENS

Professeur des Universités, Directeur de la recherche ESC Toulouse

J.-J. MONTEL

Maître de Conférences HDR – Université Clermont 1 [CRCGM]



L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions éventuellement émises dans ce document. Ces dernières doivent être considérées comme propres à leur auteur.

## **Résumé :**

*La présente étude s'attache à l'absentéisme long pour raison de santé chez les personnels hospitaliers non médicaux. Deux types de congé non ordinaire sont visés : les C.L.M. et C.L.D. Ceux-ci constituent en effet un enjeu de gestion par les désorganisations et les coûts, principalement cachés, qu'ils suscitent. Ces derniers représentent également un enjeu de santé sociale (voire publique), en raison de la morbidité qu'ils expriment.*

*Afin de les caractériser et de les mesurer, ce travail s'inspire de l'approche socio-économique des organisations (I.S.E.O.R., Lyon). On s'efforce notamment de procéder à un diagnostic pluriel (social, organisationnel et financier). L'ambition est triple. Il s'agit 1) de faire prendre conscience de l'ampleur des préjudices (effet miroir pour la direction) ; 2) de contribuer au développement d'un référentiel théorique et pratique (évaluation élargie des absences) ; 3) d'encourager la promotion d'un présentéisme-qualité (préconisations de type R.H.). Les diverses investigations se font sur trois hôpitaux régionaux publics (Auvergne) de taille volontairement différente (C.H.U., C.H. et H.L.). Les résultats laissent à chaque fois apparaître des profils, des fonctionnements, des dépenses et des vécus assez alarmants. Ils témoignent d'une défaillance au niveau des ressources humaines (organisationnelle et managériale). Ces retours négatifs attestent par ailleurs d'une possibilité d'extension de l'analyse de type socio-économique (application aux interruptions prolongées en structures de soins). Ils autorisent enfin à dégager quelques pistes d'intervention, tantôt transversales (proximité dans les procédures), tantôt spécifiques (particularités de la structure).*

## **Mots clés**

*absentéisme non ordinaire de santé, conditions de travail, coûts-performances cachés, diagnostic socio-économique, gestion des ressources humaines, hôpital public, organisation du travail, personnel non médical, performance globale, santé au travail.*

## **Abstract :**

*The present study focuses on the long absenteeism for health reason at non medical hospital staff. Two types of non ordinary sick leave are aimed : the C.L.M. and C.L.D. (rulings on salary insurance). Those indeed constitute a challenge of management by the disorganizations and the costs, mainly hidden, which they cause. They represent also a stake in social health, because of the morbidity they express.*

*In order to characterize and measure them, this work takes as a starting point the organizations socio-economic approach (I.S.E.O.R., Lyon). We particularly try to carry out a plural diagnosis (social, organizational and financial). The ambition is threefold. It acts 1) to make become aware of the scale of the damages (mirror effect for the direction); 2) to contribute to the development of a theoretical and practical reference frame (widened evaluation of the absences); 3) to contribute to the promotion of good and really presenteeism (human resources recommendations). The various investigations are done on three public regional hospitals of voluntarily different size (C.H.U., C.H., H.L. – in the center of France). Each time the results let appear alarming profiles, operations, spending and lived. They give evidence to a failure in organisational and managerial human resources. These negative returns also attest an extension possibility of the socio-economics' analysis (to the extended sickness absences in structures of care). They finally allows to identify some tracks of intervention, sometimes transverse (proximity in the procedures), sometimes specific (peculiarities of the structure).*

## **Key words**

*non ordinary absenteeism of health, working conditions, hidden costs-performances, socio-economic diagnosis, human resources management, public hospital, organization of the work, no medical staff, total performance, health at work.*

# Remerciements

Nous sommes reconnaissante à notre directeur de recherche M. Ph. Trouvé pour son soutien et ses conseils toujours avisés.

Nous avons également été sensible aux recommandations comme au suivi de monsieur J.J. Montel, maître de conférence, pour notre analyse statistique de l'audit hospitalier.

Nous restons redevable au responsable de formation M. A. Brisard pour nous avoir encouragée à prolonger notre reprise d'études et pour nous avoir si adroitement aiguillée.

Nous avons par ailleurs apprécié les éclairages d'A. Peyronnet (psychanalyste et philosophe) et de B. Truno (président des bâtonniers - cours d'appel de Riom, Bourges et Orléans) sur la problématique de l'absentéisme de santé.

Nous tenons de la même façon à exprimer notre gratitude aux établissements de soins qui nous ont autorisée à évaluer dans leurs murs un objet encore tabou.

Nous remercions enfin tous ceux qui ont su nous instruire de leurs lumières pour construire mieux et participer davantage de la recherche.

# Sommaire

|  |              |
|--|--------------|
| <i>Avertissement</i> .....   | p. 8         |
| <b>Introduction</b> .....  | <b>p. 12</b> |
| <b>Problématique et hypothèses</b> .....   | <b>p. 19</b> |
| <b>1. Approche socio-économique de l'absentéisme « maladie » à l'hôpital :</b>       |              |
| <b>Contexte, théorie et outils</b> .....   | <b>p. 27</b> |
| <b>1.1. Une réforme en marche :</b> .....  | <b>p. 28</b> |
| Récapitulatif 1 .....  | p. 78        |
| <b>1.2. Une démarche non orthodoxe :</b> .....                                       | <b>p. 81</b> |
| Récapitulatif 2 .....  | p.131        |
| <b>1.3. Une initiative au service de la G.R.H.</b> .....                             | <b>p.134</b> |
| Récapitulatif 3 .....  | p.185        |
| <b>2. Diagnostic dysfonctionnel des interruptions pour « maladie » à l'hôpital :</b> |              |
| <b>Terrains, pratique et résultats</b> .....   | <b>p.187</b> |
| <b>2.1. L'investigation en C.H.U.</b> .....  | <b>p.188</b> |
| Synthèse et préconisations 1 .....   | p.235        |
| <b>2.2. L'investigation en C.H.</b> .....  | <b>p.241</b> |
| Synthèse et préconisations 2 .....   | p.288        |
| <b>2.3. L'investigation en H.R.</b> .....  | <b>p.294</b> |
| Synthèse et préconisations 3 .....   | p.339        |
| <b>Conclusion</b> .....  | <b>p.347</b> |
| <b>Bibliographie</b> .....   | <b>p.368</b> |
| <b>Tables</b> .....  | <b>p.408</b> |
| <b>Annexes</b> .....   | <b>p.418</b> |



## **Avertissement**

L'absentéisme désigne le plus souvent un comportement des salariés au sein de la structure qui les emploie<sup>1</sup>. On renvoie ici à l'agent qui néglige de se rendre à son travail et, par extension, à celui qui n'est pas ou plus en mesure de le faire<sup>2</sup>. Une définition susceptible de rassembler les esprits se décline comme suit : « non présence pendant des périodes théoriquement travaillées »<sup>3</sup>. Au constat d'absence et au jugement négatif suscité par cette conduite (attitude peu professionnelle...), se lie une certaine vigilance. On reste attentif à ce phénomène car celui-ci semble susceptible de renseigner « autant sur l'organisation que sur les individus »<sup>4</sup>. Dit autrement, ce qui appelle à être surveillé, et qui se voit régulièrement désapprouvé, s'avère aussi ce dont il est possible de s'instruire...

L'absentéisme mérite également que l'on s'y arrête car celui-ci coûte cher. En France, le bilan annoncé est lourd : plus de 7 millions d'arrêts de travail et près de 250 millions de journées indemnisées<sup>5</sup>. Cela représente pour le régime général, un montant proche de 7,2 milliards d'euros, dont 5,3 à la charge de l'assurance maladie<sup>6</sup>. On s'accorde à penser que ces absences se font l'écho de certains mécontentements et d'un malaise social plus général. On estime notamment que le stress au travail provoquerait plus de la moitié des arrêts. Selon l'Institut National de la Recherche Sanitaire (I.N.R.S.), la dépense consécutive pour les entreprises en 2000 était de 370 millions d'euros<sup>7</sup>. En 2008, l'Agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail (O.S.H.A.)<sup>8</sup> confirme en élargissant. En fait, 50 à 60 % de l'absentéisme serait dû à cette tension<sup>9</sup>. Cela concernerait un européen sur quatre et la situation serait vouée à s'aggraver. Manifestement, à côté du lien « absences-dépenses » clignote une association : celle du « boulot-brûlot »...

Face à cette réalité massive de l'absentéisme (4,85 % en 2010, 9/10 pour maladie)<sup>10</sup>, la gestion du personnel devient rapidement problématique<sup>11</sup>. Il faut envisager des remplacements, parfois des aménagements de poste ou des licenciements, souvent des formations, quelquefois des mises à la retraite anticipées. Tout cela engendre une perte de productivité, de qualité, de compétences, dont il

---

<sup>1</sup> Voir *Encyclopædia Universalis* France, C.D.Rom, Version 10, 2004, article « absentéisme ».

<sup>2</sup> Le présentéisme passif (seulement physique), ainsi que le signalait déjà H. LETEURTRE, n'est en général pas inclus dans les définitions de l'absentéisme (*Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, Berger-Levrault, 1991, p.7).

<sup>3</sup> Nous empruntons la formule à R. GALLOIS (*L'absentéisme – Comprendre et agir*, Liaisons, 2006, p.33). Sa variante juridique est : « absence d'une personne à un moment où elle devrait être sous la subordination d'un employeur » (id.).

<sup>4</sup> *Encyclopædia Universalis*, op. cit.

<sup>5</sup> Certaines théories mettent en avant que 1 % d'absentéisme équivaut à 1 % de la masse salariale. Or, selon le groupe *Alma Consulting* (leader européen du conseil opérationnel en réduction de coûts) et son deuxième baromètre (communiqué du 12 janv. 2010), ce ratio est « simplifié ». En ne prenant en compte que le coût de maintien de salaire, celui-ci varie fortement (jusqu'à 4 % du montant de la masse salariale) [accessible en ligne : <http://www.almacg.fr>].

<sup>6</sup> Information publiée par *JDN Management* (dossier « Faire face à l'absentéisme » du 17/07/2007 - source CNAM, accessible en ligne via <http://www.journaldunet.com/management/dossiers/0602120absenteisme/chiffres.shtml>).

<sup>7</sup> Id.

<sup>8</sup> Littéralement, il s'agit de l'Office of Safety and Health Administration.

<sup>9</sup> Destination santé SAS (<http://europe.osha.eu.int/>). Annoncé sur le cyber magazine *Médisite* (*Medisite.fr* - Actualité, 29 fév. 2008). On y précise que cet absentéisme représente pour l'Europe un coût économique de 20 milliards d'euros.

<sup>10</sup> Cela représente 17,8 jours d'absence en moyenne par salarié sur l'année, soit une augmentation de + 1 point depuis l'année précédente (3,69 %) [référence aux résultats du deuxième baromètre du groupe *Alma Consulting*, op. cit.].

<sup>11</sup> L'A.N.D.C.P. (association nationale des directeurs et des cadres de la fonction personnel) estimait en 2003 que la gestion du personnel représentait 28 % de l'ensemble des problèmes soulevés par l'absentéisme (60 % seraient attribuables au coût). Notons que cette dernière a fait peau neuve en 2007 (A.N.D.R.H.).

est difficile de quantifier le réel préjudice pour les organisations. Rares sont pourtant celles qui déclarent avoir pris des mesures pour tenter d'endiguer ce dommage (en 2003, seulement un quart). Il faut leur reconnaître que, ces vingt dernières années, un profond changement est intervenu dans l'organisation du travail (mondialisation, restructurations, accélération<sup>1</sup>). Les entreprises ayant assez peu de marge de manœuvre, les freins directs agacent et l'on tend à privilégier le marteau-pilon plutôt que de recourir à la prévention. Pour faire court : au tourment de la régulation s'ajoutent la tension consécutive à certaines entraves et quelque tracasserie en retour d'intervention mal ajustée...

Par ailleurs, dans cette affirmation de l'absentéisme, on pressent l'importance de certaines modifications, à commencer dans la donne sociale. Il est assez évident que le vieillissement de la population<sup>2</sup> a une incidence sur les congés « maladie ». Le nombre moyen d'indemnités journalières est deux fois et demi supérieur pour les salariés de plus de 50 ans<sup>3</sup>. Il est encore manifeste que les nouvelles générations, pour le moins éduquées différemment, acceptent plus difficilement les contraintes et horaires<sup>4</sup>. On peut y subodorer une pente supplémentaire pour l'absentéisme ordinaire (moins d'engagement, relations plus difficiles avec la hiérarchie, échanges parfois violents entre collègues, incivilités<sup>5</sup>...). Enfin, les femmes occupant de plus en plus de postes<sup>6</sup>, particulièrement dans l'enseignement et le soin, la nature comme la durée des congés dominants évoluent (maternité, événements familiaux, épuisement)<sup>7</sup>. En clair : il existe des perturbations consécutives à une redistribution à la fois dans la démographie, la socialisation, et les professions...

L'absentéisme, que cela plaise ou non, fait désormais partie du quotidien des actifs français<sup>8</sup>. Il s'agit à l'évidence d'un phénomène complexe, aux conséquences plurielles. Si la situation paraît

---

<sup>1</sup> Pour cette dernière, on pense avant tout au quatuor coûts-qualité-flexibilité-délais (acronyme CQFD), repris par D. ALIS, M. DUMAS et G. POILPOT-ROCABOY (*Risques et souffrance au travail. Nouvelles contraintes. Nouveaux remèdes*, Paris : éd. Dunod, 2010, p.7-14).

<sup>2</sup> Le phénomène résulterait d'une part de l'arrivée de plus en plus tardive des jeunes sur le marché du travail et du vieillissement de la population française (INSEE, n°63, *Société*, avril 2007).

<sup>3</sup> En fait, ces derniers, par rapport aux personnels âgés de moins de 40 ans, s'arrêtent moins souvent mais nettement plus longtemps (*JDN Management*, op. cit.).

<sup>4</sup> Suggestions partagées par H. SEYRIEX (*Jeunes et entreprises*, éd. d'Organisation, 2005), confirmées par D. ALIS et alii (op. cit., p.20-23).

<sup>5</sup> Voir sur ce sujet l'article de I. INCHAUSPÉ, « Les sauvages en costume-cravate », *Le Point*, 5 janv. 2006.

<sup>6</sup> Le taux d'activité des femmes françaises a plus que doublé en cinquante ans. De 41,5 % en 1960, il est de nos jours à 85,6 % (tout en restant dépendant du nombre d'enfants) [INSEE, *Premières*, n°951 et 1171, mars 2005 et janv. 2008].

<sup>7</sup> Interrogées sur la durée souhaitable du congé maternité, 84 % des mères souhaiteraient qu'il dure plus longtemps et 70 % aimeraient s'arrêter pendant un an à l'occasion de la naissance d'un enfant. Un tiers pense qu'elles devraient bénéficier d'aménagements plus importants que les hommes dans le cadre de leur activité professionnelle [S. PEINET, « Le congé de maternité », Paris, DRESS) : *Études et résultats* N°531, octobre 2006].

<sup>8</sup> Avec un taux de 4,5 % pour 2006, notre hexagone a même détenu un des scores d'Europe les moins enviables [cité dans « les français malades de l'absentéisme » (*Figaro.fr*, cybertexte du 15/10/2007), d'après les chiffres d'une étude du cabinet d'audit et de conseil *PricewaterhouseCoopers*. L'Allemagne se situait en position 2 (4,4 %), devant la Belgique et la péninsule Ibérique (4,1 %), ainsi que le Royaume-Uni (3,9 %). Le meilleur élève était l'Italie (3 %) [moyenne alors à 4 %].

Signalons que les résultats de l'enquête réalisée de 1994 à 2001 sous la coordination d'Eurostat (dans 14 des 15 pays de l'Union d'alors) montrait que le taux d'absence en France était alors l'un des plus faibles (voir le cybertexte « Pourquoi l'absentéisme au travail : une comparaison européenne », consultable à l'adresse <http://lecercle.lesechos.fr/node/33097>).

s'être relativement stabilisée depuis 2004, les absences pour raison de santé<sup>1</sup> continuent, elles, d'augmenter. Après la hausse constatée à partir de 2005 (4,9 %), celles-ci ont atteint en janvier 2008 un record avec 5,3 %<sup>2</sup>. Pris dans sa globalité, l'enregistrement de ces interruptions dans la relation de travail<sup>3</sup> s'affirme donc alarmant. Mais, considéré du point de vue des arrêts pour raison médicale, il s'avère tout simplement critique. De plus, il ressort du deuxième baromètre du groupe *Alma Consulting* (résultats sur la fin 2008) que les secteurs les plus touchés sont ceux de la Santé (5,2 %) et des Services (5,1 %)<sup>4</sup>. Retrouver le premier en aussi mauvaise position<sup>5</sup> a quelque chose d'effrayant. Comment peut-on aller aussi mal, notamment en terme de morbidité et de performance sociale<sup>6</sup>, quand on exerce dans le soin ?

Notre interpellation de ce phénomène conjoncturel (les absences de salariés), et parfois intentionnel (non subi)<sup>7</sup>, s'articulera sur cet apparent paradoxe en milieu sanitaire.

---

<sup>1</sup> Par absentéisme de santé ou médical, il faut entendre « l'ensemble des absences reconnues socialement [et légalement] légitimes par le médecin en raison de l'existence d'une pathologie » (D. NAFAI et A. SEMID, « Absentéisme pour raison médicale en milieu hospitalier », *Archives des maladies professionnelles et accidents du travail*, T.66, 2005, p.140-141). Trois domaines sont directement concernés : la maladie, l'accident du travail, les naissances et l'enfant.

<sup>2</sup> Résultats publiés par *Sd works*, « Absentéisme record en janvier 2008 », le 11/03/2008 (accessibles sur Internet via l'adresse [http://www.sd.be/site/website/be/fr/5000A/50C00C/50C10C/50C1ZC/10000P\\_080311\\_20](http://www.sd.be/site/website/be/fr/5000A/50C00C/50C10C/50C1ZC/10000P_080311_20)). Le 5 mai 2008 Le site du Figaro n'hésitait pas à écrire pour sa part : « Absentéisme, la France championne d'Europe » ([www.lefigaro.fr/emploi/2008/05/05/01010-2008050ARTFIG00351-absentéisme-le-france-championne-d-europe.php](http://www.lefigaro.fr/emploi/2008/05/05/01010-2008050ARTFIG00351-absentéisme-le-france-championne-d-europe.php)).

<sup>3</sup> L'expression utilisée, propre au lexique juridique en droit du travail, ne signifie pas que le contrat est rompu.

<sup>4</sup> Résultats enregistrés par le groupe *Alma Consulting* (op. cit., p.2).

<sup>5</sup> Dans ce communiqué du 12 janvier 2010, on n'hésite pas à parler ici de « croissance record » (id.).

<sup>6</sup> Redisons que l'étude annonce que 90 % de l'absentéisme « a pour motif la maladie » et que la cause révélée des absences reste « la baisse d'engagement des salariés » (ibid.).

<sup>7</sup> Rappelons que l'on considère généralement trois formes d'absentéisme salarié : 1) « structurelle » (indépendante de toute mesure interne à l'employeur) ; 2) « conjoncturelle » (arrêts pour accidents de service, de trajet ou maladie) ; 3) « intentionnelle » (plus insidieuse, partout infiltrée, née de la démotivation et du désengagement).

# Introduction

**« L'absentéisme pour raison de santé constitue un enjeu de gestion - par les désorganisations et les coûts, principalement cachés, qu'il suscite - et de santé publique - en raison de la morbidité qu'il est censé exprimer ».**

J.-P. DUMOND, « L'absentéisme pour raison de santé ; comparaison méthodologique », *Santé publique*, 2009, vol. 21, n°1, p.26.

L'absentéisme salarié, comme souligné plus haut ou *supra*, est devenu une préoccupation majeure dans les entreprises et les organisations. Aussi, la présente étude le retient-elle pour objet, mais en se concentrant sur sa part la plus signifiante, celle pour raison de santé<sup>1</sup>. Parmi ces interruptions de la relation de travail<sup>2</sup>, diagnostiquées en forte hausse<sup>3</sup>, nous privilégions les moins questionnées, à savoir les plus longues. On parle ici de C.L.M. et de C.L.D., soit deux congés non ordinaires pour motif médical avéré<sup>4</sup>. Par ailleurs, ce travail s'attache à un type de structures sanitaires pour le moins pondéreux sur le plan national, ne serait-ce que numériquement parlant. Il s'agit des établissements publics à but lucratif<sup>5</sup>, environ un millier de bâtiments et un million d'agents<sup>6</sup>. Là, le taux global des absences est reconnu en forte hausse (9 à 14 %)<sup>7</sup>, et la moyenne pour motifs médicaux comme la plus élevée (autour de 21 jours par an / agent)<sup>8</sup>. Reformulé autrement, notre travail s'intéresse aux arrêts « maladie » à... l'Hôpital.

#### *Motivation et contexte :*

De prime abord, cet énoncé synthétique peut faire sourire ; difficile de ne pas songer au vieil adage qui veut que les cordonniers soient toujours les plus mal chaussés. Ironie d'une époque où même l'univers du soin semble souffrir ? Ensuite, un tel objet d'investigation peut apparaître aussi téméraire que vain. On sait en effet que, dans la Fonction publique, pareille question est à éviter. Qui ne se souvient des déboires du ministre Cl. Allègre, qui la souleva pour le compte de l'Éducation

<sup>1</sup> Outre que cette catégorie d'arrêt représente près de 90 % de l'absentéisme salarié, elle concerne aujourd'hui en France plus de six salariés sur dix (61 %) (écho de *Sd Works*, (« Absentéisme record ... », op. cit.).

<sup>2</sup> Le terme d'« interruption » reste recevable en droit du travail (confirmation du président des bâtonniers B. TRUNO).

<sup>3</sup> L'absentéisme pour maladie, selon les résultats du deuxième baromètre du groupes *Alma Consulting*, aurait augmenté de 39 % entre 2006 et 2008 (op. cit., p.2).

<sup>4</sup> Des précisions seront données plus aval dans ce volet introductif [voir « Resserrement et méthode » (p.14)].

<sup>5</sup> Nous accordons la priorité au service public, où le contribuable est en droit d'espérer que les choses aillent bien. Signalons que les entreprises connaissent déjà ce type d'investigation. L'enquête qui leur a été consacrée (notamment par le groupe *Securex* en 2005) annonce : 23,24 % des salariés français subissant un stress élevé ont une fréquence d'absence importante ; 73,66 % des personnes interrogées estiment qu'il est facile de s'absenter pour des raisons médicales ; 74,86 % des salariés considèrent qu'un renforcement des systèmes de contrôle lors des arrêts de travail est nécessaire ; 73,70 % des salariés maintiennent un contact et se sentent soutenus par leur entreprise pendant leur absence.

<sup>6</sup> Selon la Fédération des Hôpitaux de France (F.H.F. - sur Internet : <http://etablisements.fhf.fr/>), en 2006 notre hexagone compterait 1 035 hôpitaux publics. Pour le site *Avenir de la santé*, le nombre ne serait que de 1 006 (information consultable à l'adresse [http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche\\_pratique/hopital/chiffres\\_cles.htm](http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/hopital/chiffres_cles.htm)). Le 17 mai 2009, le journal *Le Parisien* reprenait cette estimation (<http://www.leparisien.fr/une/reperes-17-04-2009-481805.php>).

<sup>7</sup> Il s'agit de l'estimation 2010 selon la taille des hôpitaux (contre 6 à 11 % dans le privé). Le nombre de jours s'avère en augmentation de 8 % sur les quatre dernières années (communiqué par P. SOUCHON, responsable de l'étude chez *DEXIO SOFCAH*, courtier en assurances des personnels hospitaliers : voir à l'adresse : [http://la-croix.com/Actualite/S-informer/France/L-Absentéisme-progresse-dans-les-collectivites-et-les-hopitaux-\\_EP\\_-2011-05-18-616718](http://la-croix.com/Actualite/S-informer/France/L-Absentéisme-progresse-dans-les-collectivites-et-les-hopitaux-_EP_-2011-05-18-616718)).

<sup>8</sup> Ce nombre est confirmé par la *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières* récemment publiée (pour consulter :

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese\\_annuelle\\_des\\_donnees\\_sociales\\_hospitalieres\\_2008\\_des\\_etablisements\\_publics\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_annuelle_des_donnees_sociales_hospitalieres_2008_des_etablisements_publics_de_sante.pdf)).

ationale ?<sup>1</sup> Il est également connu que les interventions sur ce thème demeurent particulièrement rares, ou du moins les publications. Comment oublier que l'une des dernières enquêtes officielles, remonte à 1990 (I.N.S.E.E.)<sup>2</sup> ?

Reste qu'il s'avère urgent de problématiser ces absences de personnels hospitaliers<sup>3</sup>. La santé est un des secteurs traditionnellement concernés par ce problème. Selon un premier baromètre, proposé par *Alma Consulting Group* (2008 - hauteur estimée à 3,71 %), celle-ci arrive juste derrière les Services (4,40 %) et l'Industrie (4 %) <sup>4</sup>. Depuis, elle se retrouve en tête avec 5,16 % <sup>5</sup>. De plus, la forte progression du coût moyen par agent des arrêts d'exercice pour raison médicale<sup>6</sup> suggère de revoir l'organisation et le management. Rappelons que l'augmentation annoncée est de 23 % <sup>7</sup>. Par ailleurs, au vu de ses dépenses de personnel et du déficit de l'Assurance maladie, l'Hôpital a comme une obligation morale d'efficacité, de même que de qualité. Le montant des premières (35,9 milliards d'euros en 2006)<sup>8</sup> et le négatif de la seconde (9,5 milliards d'euros pour 2007)<sup>9</sup>, enjoignent à contrôler les interruptions ainsi qu'à optimiser la gestion des coûts. Il faut enfin garder à l'esprit que les débours des hôpitaux représentent plus de la moitié de ceux de l'Assurance Maladie<sup>10</sup>...

L'apostrophe, quoique légitime, se heurte au fait que le sujet demeure sensible. Le milieu sanitaire suscite une sympathie qui se marie mal avec des préoccupations comptables. Vouloir procéder à une analyse objective de ses finances comme à un contrôle fiable de ses employés choque

---

<sup>1</sup> Il avança, en septembre 1997, un taux d'absentéisme « enseignants » de 12 %. Il remettra sa démission en mars 2000.

<sup>2</sup> Dès que l'on procède à une recherche sur l'évolution de l'absentéisme dans ce secteur, on mesure très vite le vide de publications sérieuses sur la question [tant auprès de l'I.G.A.S. (Inspection Générale des Affaires Sociales) que de l'I.N.S.E.E. (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)].

<sup>3</sup> En 2010, l'ensemble des indicateurs d'absence (gravité, fréquence, exposition) poursuit sa progression. Les arrêts sont plus nombreux, plus fréquents et plus longs (étude consultable à l'adresse : <http://www.dexia-sofcap-sofcah.com/factualites.html>) [fichier *regard-sur-tendances10 h22628.pdf*].

<sup>4</sup> Information disponible sur Internet : [http://www.ecommercemag.fr/Magazines/ConsultArticle.asp?ID\\_Article=26135](http://www.ecommercemag.fr/Magazines/ConsultArticle.asp?ID_Article=26135).

<sup>5</sup> En 2011, elle garde la tête du peloton avec 5,85 % (soit en moyenne 21,3 jours d'interruption par salarié). Signalé par le 3<sup>ème</sup> baromètre de l'absentéisme européen, le 3 mars 2011 (en dépit d'une baisse globale : 4 % ou une moyenne de 14,5 jours d'absence) [accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.anact.fr/web/dossiers/pilotage-conditions-travail/absenteisme?p\\_thingIdToShow=17417560](http://www.anact.fr/web/dossiers/pilotage-conditions-travail/absenteisme?p_thingIdToShow=17417560)].

<sup>6</sup> Toujours selon une étude par *DEXIA SOFCAH*, cette fois en 2009, le coût moyen par agent des absences pour raison de santé varie là entre 2 453 et 3 394 € (voir : <http://www.dexia-sofcap-sofcah.com/actualites.html>).

<sup>7</sup> Et ce, sans compter les frais médicaux, tout en sachant que l'on dénombre en France près d'un million de salariés hospitaliers... Résultat communiqué par la Fédération de l'Hospitalisation Privée (article « Pourquoi la convergence tarifaire est possible et vitale », oct. 2008, p.8).

<sup>8</sup> Résultat au sein de l'O.N.D.A.M. (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) [id.].

Il faut également savoir que la France consacre d'avantage de moyens que ses proches voisins aux dépenses de soins en milieu hospitalier (6 % de son P.I.B., contre 3,8 % en Allemagne et 3,4 % en Italie) [voir F. MERSEREAU et alii. Le pilotage des dépenses hospitalières, *Rapport conjoint d'enquête, Inspection générale des Affaires sociales (2005-137)/Inspection générale des Finances (2005-M-021-02)*, Paris, 2005].

<sup>9</sup> Montant annoncé par la commission des comptes, laquelle signale une amélioration (12 milliards d'euros en 2004) tout en la relativisant (1 milliard de plus qu'en 2006) [ibid.]. En 2010, on peut estimer le déficit à environ 15 milliards d'euros [la mutuelle M.A.I.F. déclare 14,6 milliards (*MAIF magazine*, n°155, fév. 2011, p.8)].

<sup>10</sup> 53 % en 2002, selon la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie - C.N.A.M. (voir A. VERDIER-MOLINIÉ et Ph. FRANÇOIS : « Hôpital : une obligation morale d'efficacité », *IFRAP*, 30 oct. 2004, cybertexte : [www.ifrap.org](http://www.ifrap.org)). Se reporter également, pour le déficit de l'assurance maladie, à l'adresse <http://mutuelle.novia-sante.fr/?2008/04/28/14-dficit-de-l-assurance-maladie-en-2007-limit-97-milliards-d-euro> . Signalons enfin le solde négatif annoncé par l'hebdomadaire *Valeurs actuelles* (« La sécu peut-elle exploser ? », n°3792, 30 juil. 2009, p.7). Pour la sécurité sociale, celui-ci est estimé à 22 milliards d'euros pour 2009 (soit le double du déficit prévu) et on évoque le nombre de 30 milliards pour 2010.

encore. Des chiffres existent néanmoins, attendu que chaque structure doit publier depuis 1987 un bilan social annuel comprenant un chapitre sur l'absentéisme<sup>1</sup>. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.) en tire notamment, dès 1989, une synthèse annuelle. Cependant, ces données sont généralement communiquées avec au moins deux ans de retard. Ainsi, il a fallu attendre décembre 2009 pour connaître celles de 2007, mai 2011 pour les suivantes<sup>2</sup>. On note également que les résultats du ministère ne couvrent que le cinquième des établissements de plus de trois cents salariés et seulement la moitié des personnels<sup>3</sup>. On prend acte par ailleurs que, dans ces retours, les congés pour longue maladie et pour longue durée sont le plus souvent confondus<sup>4</sup>, que le nombre d'agents concernés par les jours d'absence est peu renseigné<sup>5</sup>.

Dit autrement, les résultats publiés par le ministère de la santé ne sont pas très convaincants. Ils restent ceux que les hôpitaux veulent bien lui transmettre<sup>6</sup>. De fait, ces derniers n'informent guère sur la réalité de la situation (évocation d'un taux global de 10 %). Derrière un message rassurant de stabilisation des absences pour motifs médicaux<sup>7</sup> doit clignoter celui d'un défaut persistant. Il manque une vue externe, éclairée d'un examen circonstancié et comparatif<sup>8</sup>. Même les rapports de l'Agence Nationale d'Audit des Établissements de Santé (A.N.A.E.S.), laquelle intervient dans chaque hôpital, restent vagues. Ces derniers se contentent généralement de recommander aux directeurs de mesurer les absences. Quant aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.), qui ont pourtant en charge de répartir les budgets dans chaque région, elles ne publient rien. Seule clarté dans ce flou entretenu, l'écho de certaines Cours Régionales des Comptes (C.R.C.), dont les communiqués décrivent de fréquents problèmes d'absentéisme<sup>9</sup>. Sur place, on peut avancer que le problème tend à se déplacer en se cristallisant sur les congés courts pour raison médicale. Selon les responsables R.H. interrogés, seuls ces derniers posent en effet problème<sup>10</sup>.

---

<sup>1</sup> La loi du 12 décembre 1977 a rendu obligatoire pour les entreprises de plus de 300 salariés de réaliser et de publier leur « bilan social ». Mais il a fallu attendre 1987 pour que cette obligation soit étendue à la fonction publique...

<sup>2</sup> *Synthèse Annuelle des Données sociales Hospitalières, Année 2007*, Ministère de la santé, 3 décembre 2009 (accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.sante-sports.gouv.fr/donnees-sociales-hospitalieres-2007.html>). Même référence textuelle pour la communication sur 2008, en avril 2011 cette fois, (adresse Internet déjà communiquée).

<sup>3</sup> Voir *Synthèse Annuelle...2007*, op. cit., p.9.

<sup>4</sup> Se reporter par exemple p.56 (id.).

<sup>5</sup> Ibid., p.11.

<sup>6</sup> En 2008, sur les 149 établissements contactés, 119 ont répondu, soit 79,87 % de l'échantillon lequel représente environ 50 % du personnel hospitalier en établissement de  $\geq 300$  agents (*Synthèse annuelle...* 2008, op. cit., p.9).

<sup>7</sup> Après une tendance à la baisse entre 2001 et 2004, les absences pour motif médical remonteraient légèrement en 2005, pour revenir à 19,3 jours d'absence par agent (18,5 en 2004). En 2006, le taux d'absence pour motifs médicaux demeurerait stable : 19,2 jours d'absence par agent et par an (ibid., p.56). Reste, comme nous l'avons signalé en supra, que les dernières données, extérieures à ces retours de la D.H.O.S., ne vont pas dans ce sens.

<sup>8</sup> J.-P. DUMOND ajoute que les informations transmises, faute d'une catégorie « classe d'âge », ne permettent pas une analyse taux / structures, seule susceptible d'aider à y voir plus clair (« Vieillesse du personnel hospitalier et absentéisme pour raison de santé », *Gestions hospitalières*, n°440, nov.2004, p.715).

<sup>9</sup> Ainsi le rapport concernant l'hôpital d'Annonay (2003) dont la situation est assez courante et ne regarde pas que de « petits hôpitaux » [l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.) a d'ailleurs dénoncé la même année un « absentéisme massif » dans les Hôpitaux de Marseille, 3<sup>ème</sup> plus grand ensemble hospitalier, avec 15 000 salariés].

<sup>10</sup> Nous avons pu interviewer six responsables hospitaliers des Ressources Humaines sur la gestion des absences de type « maladie ». Tous ont affirmé que la question des C.L.M. et des C.L.D. ne se posait pas car ces derniers étaient octroyés après une commission d'experts (donc pour des raisons valables, sur une durée déterminée). Ils sont persuadés que rien



### Resserrement et méthode :

Ces résistances et cette cécité, même si l'Hôpital continue de fonctionner<sup>1</sup>, alimentent une baisse de réputation et diluent les véritables causes d'une dégradation réelle<sup>2</sup>. En fait, tous les acteurs ont conscience que les services manquent d'agents, de lits et de crédits. Ils voient régulièrement les malades s'entasser, vivent des conditions de travail souvent déplorables (contraintes temporelles plus répandues, rythme de travail soutenu, délais très courts, quasi impossibilité d'interruptions momentanée, qualité difficilement conciliable avec les pics d'activité...)<sup>3</sup>. De cette efficacité régulièrement maintenue à renfort d'acrobaties, eux connaissent directement le prix. Pour faire court, démobilisation, déficit en personnel<sup>4</sup> et dérive en rentabilité<sup>5</sup> menacent de craqueler toute la structure. Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (2009)<sup>6</sup> incite à mieux gérer pour mieux soigner. Mais comment y parvenir tant que l'on ne cesse de bafouer le bien être et la motivation des professionnels hospitaliers ?<sup>7</sup> Les établissements d'exercice pendulent douloureusement entre une obligation de soins et une forte contrainte budgétaire<sup>8</sup>. Comment satisfaire à des exigences à la fois financières, sanitaires et éthiques lorsque tout l'environnement est à même d'émousser les vocations ?

En dehors d'une qualité effective de soins voulus rentables, seul l'absentéisme médical nous semble à même de constituer un indicateur de santé fiable, pour la structure et son personnel<sup>9</sup>. Encore

---

ne saurait être entrepris, tant en amont qu'en aval. Les coûts directs et subséquents sont également imaginés incompressibles. De fait, les seuls arrêts à leurs yeux préoccupants sont les congés ordinaires de santé (à mieux réguler seulement).

<sup>1</sup> En dépit des plaintes croissantes enregistrées par les tribunaux, la majorité des patients s'y rend et en relative confiance. On peut se référer au sondage réalisé par la T.N.S. Sofres pour la Fédération Hospitalière de France : *Les Français et l'hôpital* (les 23 et 24 avril 2008 ainsi que les 14 et 15 mai 2008 - Site Web : [www.tns-sofres.com](http://www.tns-sofres.com)).

<sup>2</sup> Une récente allocution de notre président (15 novembre 2011) arguait pour sa part d'une réduction entre 2007 et 2011 du déficit des hôpitaux français (3 milliards d'euros).

<sup>3</sup> On pourra consulter la contribution suivante : « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », dans *Études et résultats*, D.R.E.E.S. (sous la dir. de M. CORDIER), n°709, nov. 2009.

<sup>4</sup> L'année 2006 signalait le retour à un « équilibre négatif » entre départs et recrutements (*Synthèse...*, op. cit., p.40).

<sup>5</sup> On pourra consulter à ce sujet le livre anti-réforme (référence à l'appel du 18 juin 2008 - voir sur : [www.appel-sauver-hopital.fr](http://www.appel-sauver-hopital.fr)) du Pr. A. GRIMALDI : *l'Hôpital malade de la rentabilité*, Fayard, 2009.

<sup>6</sup> Ce projet (texte du 22 octobre 2008, paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009) vise à réorganiser le système de santé en replaçant le patient au cœur du système de soins. Cela passe par un recentrage des activités des hôpitaux avec une gradation des soins, l'hôpital de proximité pour les soins courants et d'urgence, les hôpitaux avec plateaux techniques pour les opérations chirurgicales et les grands centres de références, les CHU. Les directeurs d'hôpitaux auront de nouveaux moyens pour assurer la gestion (consultable à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>).

<sup>7</sup> Le communiqué du 2<sup>ème</sup> baromètre (groupe *Alma Consulting*, op., cit.), signale que 61 % des D.R.H. questionnés identifient comme principaux facteurs de l'absentéisme la démotivation (25 %) et la faible implication dans le travail (22 %) [p.2]. Plus récemment, cinq professeurs de médecine, experts en politique de santé (A. GRIMALDI et al), ont publié un *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, cosigné par cent vingt trois personnalités (éd. O. Jacob, 2011). Ils y dénoncent l'obsolescence de notre système (privatisation rampante, crise de la démographie médicale, remise en question des principes de solidarité et d'égalité).

<sup>8</sup> Voir notamment C. DOS SANTOS et M. MOUSLI qui rappellent que les établissements français subissent une volonté gouvernementale de les voir muer en organisations rentables. Ceux-ci doivent concilier principe d'équité et principe d'efficacité (« L'approche socio-économique pour un développement durable des établissements hospitaliers et une croissance favorable du système de santé : le cas français, *Cahier de recherche - Groupe ESC Clermont*, n°5, 2009, p.5).

<sup>9</sup> Ainsi que le reconnaît A. SEUNES, ces arrêts offrent « des indicateurs sur lesquels l'expérience incite à porter une attention particulière ». Ce dernier est responsable du pôle Conseil, organisation RH et santé au travail, (auteur de

faut-il pouvoir l'évaluer objectivement, auprès d'un public représentatif, depuis une méthode ajustée, à partir d'investigations concrètes, et avec des informations crédibles. Cette recherche est une première pierre (incitation à une nouvelle expérience pilote ?). Pour qu'elle soit réellement constructive, on considère la population la plus nombreuse : celle non médicale<sup>1</sup> (Administratifs, Médico-Techniques, Techniques et Ouvriers, Soignants et Éducatifs). Cette dernière représente en effet 83 % de l'effectif<sup>2</sup> en établissements de soins et compte plus d'un million d'emplois salariés<sup>3</sup>. Les trois quarts de ces agents sont localisés dans des hôpitaux publics. On s'intéresse aux interruptions ordinaires (généralement courtes, dites M.O.). Mais, on se tourne plus particulièrement vers les congés qualifiés de non-ordinaires (résolument longs - baptisés C.L.D. pour Longue Durée et C.L.M. pour Longue Maladie)<sup>4</sup>. En 2005, leur taux est enfin reconnu en forte augmentation : 34 % en six ans<sup>5</sup>. Certes, ils ne rassemblent pour l'heure que 6 % de ces « pauses » dans la relation de travail. Néanmoins, via le versement des indemnités journalières (39 %)<sup>6</sup>, ceux-ci sont devenus la première charge budgétaire en matière d'arrêts pour motifs médicaux. Par ailleurs, le risque d'interrompre longtemps son activité pour raison de santé est fortement corrélé à l'âge des populations actives<sup>7</sup>. Or, contrairement à de nombreuses entreprises privées, l'Hôpital garde la plupart de ses agents une grande partie de leur vie professionnelle, d'où une pyramide évolutive<sup>8</sup>.

L'approche privilégiée rejoindra celle de l'innovation socio-économique<sup>9</sup>. Plus précisément, nous nous inspirons de la démarche créée par H. Savall, et expérimentée par son équipe (à l'I.S.E.O.R., Lyon)<sup>10</sup>. L'ambition est d'autoriser un changement durable en intégrant les variables économiques et sociales de l'entreprise. L'idée maîtresse est d'améliorer la performance globale en optimisant aussi le comportement humain productif<sup>11</sup>. Le levier majeur est la notion de coût caché,

---

l'encadré du cybertexte de l'examen 2010, accessible en ligne à l'adresse : [http://www.dexia-sofcah.com/file/soflink/pj/analyse\\_conj\\_h\\_64631.pdf](http://www.dexia-sofcah.com/file/soflink/pj/analyse_conj_h_64631.pdf).

<sup>1</sup> Cela fait référence au personnel n'ayant pas fait d'études de médecine.

<sup>2</sup> Voir *Synthèse Annuelle... 2008*, op. cit., p.14.

<sup>3</sup> Se reporter à la contribution d'A. FIZZALA : « Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », *Études et résultats* ; D.R.E.S.S., n°605, oct. 2007. Par ailleurs, le gouvernement annonce un pool officiel d'environ, 1,25 million de personnes (information disponible à l'adresse Internet suivante : <http://www.sante-sports.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-hospitalisation-et-de-l-organisation-des-soins.html>).

<sup>4</sup> Pour clarifier la nature de ces congés « maladie », on peut se reporter à l'annexe 2 qui en décrit le cadre juridique.

<sup>5</sup> Résultats consultables sur le site Staffsanté.fr (<http://www.staffsante.fr/contenus/articles/69/etude-2005-dexia-sofcah-l-absenteisme-miroir-de-la-penibilite-des-conditions-de-travail.html>)

<sup>6</sup> En fait, quoique peu nombreux, ceux-ci concentrent 33 % du nombre total de jour d'absences (id.).

<sup>7</sup> Comme précédemment signalé, J. MARASCHIN rapporte que selon l'étude 2005 de DEXIA SOFCAH un agent de plus de 50 ans a déjà 3,5 fois plus de risque d'être arrêté en longue maladie qu'un agent de moins de 30 ans et le phénomène serait amené à s'accroître dans les années à venir (« L'absentéisme, miroir de la pénibilité des conditions de travail », Staffsanté, se reporter à l'adresse suivante : <http://www.staffsante.fr/contenus/articles/69/etude-2005-dexia-sofcah-l-absenteisme-miroir-de-la-penibilite-des-conditions-de-travail.html>).

<sup>8</sup> Voir J.-P. DUMOND, « Vieillesse du... », op. cit., p.715.

<sup>9</sup> Nous précisons son cadre d'inscription (la socio-économie) ainsi que son contexte d'apparition (milieu des années 70) en première partie de notre travail.

<sup>10</sup> Il s'agit de l'Institut de Socio économie des Entreprises et des Organisations (association loi 1901), longtemps associé à l'université Lumière Lyon 3 et au groupe E.S.C. Lyon. Ce pôle a été créé en 1976.

<sup>11</sup> Voir H. SAVALL, « Les coûts sociaux : importance économique des coûts cachés liés à l'absentéisme, la rotation du personnel, la qualité et la productivité directe », dans *Sciences sociales et formation de l'ingénieur*, Association des élèves de l'École des Mines de Saint-étienne, juin 1983.

autrement dit les dépenses non repérées par les systèmes d'informations usuels (comptabilité, budget...)<sup>1</sup>. Le but est de réduire certains écarts observés entre le fonctionnement effectif de l'organisation et le fonctionnement attendu ou souhaitable. La méthode préconisée par ces chercheurs s'avère transférable dans le secteur médical et social<sup>2</sup>. On y retrouve en effet « les mêmes risques et les mêmes insuffisances »<sup>3</sup>. Quant aux conclusions qui s'imposent, elles rejoignent les précédents constats. En clair, pour maintenir et développer le niveau de qualité des soins, il est capital d'intégrer du renouvellement matériel mais aussi de miser sur l'investissement immatériel<sup>4</sup>.

Parce que l'on a surtout appris à prendre au sérieux le premier, le second se voit bien souvent négligé. Pour modifier cela, il est conseillé de faire un véritable saut stratégique dans la conduite de transformation. L'image du roseau évoquerait parfaitement la souplesse et l'enracinement requis. On recherche en effet une flexibilité suffisante pour être toujours adapté aux besoins extérieurs et un crampon de base servant la mobilisation de la totalité de son personnel<sup>5</sup>. Les nombreuses expérimentations réalisées en établissements de santé s'avèrent édifiantes<sup>6</sup>. Elles montrent que l'option socio-économique, dans le cadre d'une approche globale, développe des procédés et des outils de management facilitant la réorganisation. Là encore, l'amélioration de la qualité (services, soins et fonctionnement des équipes), de même que l'optimisation de la performance économique (rentabilité) passent par deux canaux. Il s'agit de la réduction des coûts cachés ainsi que d'une stratégie innovante, active et dialoguée<sup>7</sup>.

Un diagnostic dysfonctionnel (priviliégiant les perturbations), sur la base d'entretiens (semi directifs) et de collecte documentaire<sup>8</sup>, lance notre investigation. Cependant, contrairement à notre principal référentiel, le thème restera centré sur l'absentéisme « maladie »<sup>9</sup>.

---

<sup>1</sup> Référence à L. CAPELLETTI qui a bien montré que les systèmes d'information financiers traditionnels et de gestion des ressources humaines, en recourant très majoritairement à des indicateurs opérationnels, ne permettent pas de comptabiliser les investissements immatériels alors que ces derniers ont un rôle majeur dans l'atteinte de certains résultats et d'évidentes performances (« Designing and processing a socio-economic management control », *Academy of Management Best Paper Proceeding*, édité par K. Mark Weaver, 2005).

<sup>2</sup> Même s'il a fallu, par rapport à l'univers des entreprises et des organisations, patienter une vingtaine d'années pour que l'on constate une évolution enfin significative en faveur de la nécessité d'innover.

<sup>3</sup> Et cela s'affirme même si son fonctionnement et sa gestion restent soumis à des contraintes particulières. Se reporter à H. SAVALL et V. ZARDET, « Le management socio-économique au service de la performance et de la qualité des soins », *CALASS 96 : 7<sup>ème</sup> congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé*, Editions de l'institut suisse de la santé publique, 1996.

<sup>4</sup> L'investissement immatériel regroupe toutes les actions de sensibilisation, de communication, d'études, de mobilisation des personnes, de qualification ou requalification des agents, de dynamisation collective et individuelle, de développement et de prise de responsabilité, de formation intégrée : toutes les composantes du changement organisationnel, tout ce qui fait évoluer nos organisations vers un certain progrès social et économique.

<sup>5</sup> Référence à l'ouvrage d'H. SAVALL et V. ZARDET, *Ingénierie stratégique du Roseau*, Economica, 1995.

<sup>6</sup> En fait, d'importants travaux sont conduits depuis le début des années quatre-vingts (voir notamment la thèse de V. ZARDET : *Gestion socio-économique à l'hôpital. Cas d'expérimentation*. Sous la dir. d'H. SAVALL, Université lumière Lyon 2, oct. 1982).

<sup>7</sup> Nouvel écho de la discussion entre C. DOS SANTOS et M. MOUSLI, « L'approche socio-économique pour un... », op. cit., p.12-17.

<sup>8</sup> Les résultats de ce diagnostic sont à la fois qualitatifs, quantitatifs et financiers.

<sup>9</sup> Cette orientation n'a pas vocation de rupture. L'obédience systémique de la méthode d'H. SAVALL et de son équipe (I.S.E.O.R.) reste à nos yeux très pertinente. Une concentration sur les interruptions non ordinaires de la relation de

## Problématique et hypothèses :

Notre étude ne se limite pas à de l'enregistrement et du chiffrage. Elle s'inscrit dans un processus de capitalisation des connaissances afin de conduire un changement au cœur des organisations de santé. Or, l'importance des arrêts médicaux, sauf à vouloir imputer les responsabilités uniquement en externe<sup>1</sup>, appelle à réagir de l'intérieur<sup>2</sup>. Ce phénomène, outre qu'il doit ici interpeller la direction, concerne plus directement le service Ressources Humaines<sup>3</sup>. Certains dysfonctionnements, particulièrement dans les conditions de travail et l'organisation des tâches, participent en effet à la montée des interruptions pour maladie<sup>4</sup>. L'insuffisance de repères et de gratifications, de même qu'un accompagnement inadapté dans les projets professionnels sont également susceptibles de précipiter quelque syndrome d'essoufflement, voire de retrait<sup>5</sup>. Un acheminement insatisfaisant de l'information peut encore contrarier le souci légitime de vouloir pallier d'inévitables perturbations, dont les absences au poste de travail. Des procédures peu ou mal discutées<sup>6</sup>, spécialement au niveau de la régulation<sup>7</sup> sont par ailleurs en mesure d'alourdir le montant des dépenses consenties pour les congés « maladie ».

On ne redira jamais assez que les principaux défis à relever par l'Hôpital comportent aujourd'hui une forte dimension R.H.<sup>8</sup> Cela vaut pour la performance de l'établissement, la santé et

---

travail (au sens juridique) obéit plutôt à l'ambition d'en améliorer localement l'opérativité. En effet, la classification proposée ne nous semble pas satisfaire à toutes les distinctions qui s'imposent dans le registre des absences dites « maladie ». Or, il convient aujourd'hui plus qu'hier de bien séparer celles qui restent courtes (quelques journées), et quasi banalisées, de celles qui se prolongent (supérieures à 15 jours) pour raisons de santé aggravées ou de morbidité avérée.

<sup>1</sup> On songe par exemple à quelque démultiplication de virus (grippe, gastroentérite...), à une hécatombe d'accidents biographiques (traumatismes familiaux, conjugaux, personnels)...

<sup>2</sup> O. GUIGNOUX, directeur du Pôle social d'*Alma Consulting Group*, n'hésite pas à avancer que le taux d'absentéisme est déjà « un indicateur de performance de la gestion des ressources humaines » (2<sup>ème</sup> baromètre, op. cit., p.1).

<sup>3</sup> J. IGALENS a su rappeler que la G.R.H. appartient bien au champ des sciences de gestion (« La GRH : principes, pratiques et critiques » dans *Management et gestion des ressources humaines : stratégies, acteurs et pratiques*, Actes de la DGESCO, 14 juin 2006, p.40).

<sup>4</sup> Ainsi que le signalait le docteur V. BONNIOL, l'absentéisme est « souvent l'indicateur d'une faille dans l'organisation du travail » (cybertexte du 22 janv. 2009 : « L'absentéisme : un coût de 7,2 milliards d'euros » - <http://www.travailleursante.fr/Les-enjeux-associes/Les-thematiques/constat-et-chiffres-cles.html>).

<sup>5</sup> Signalons que parmi les modèles théoriques de l'absentéisme présentés par G. JOHNS (« Contemporary research on absence from work : correlates, causes and consequences », *International Review of Industrial and organizational Psychology*, vol. 12, 1997, p.115-173), deux semblent particulièrement adaptés au secteur public (fut-ce celui du Québec) : celui de retrait (désengagement à l'égard de l'organisation) et cet autre du stress (niveau de pression, coût émotionnel, surmenage professionnel).

Rappelons également que la législation française prévoit, depuis la loi du 23 décembre 1982 relative au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.), un droit de retrait quand il y a danger (« motif raisonnable » selon l'art. 4131-1 du Code du travail). Si l'exercice de ce droit s'adressait initialement aux ouvriers du secteur BTP, son champ d'application semble s'élargir à la faveur de décisions jurisprudentielles récentes (voir J. ROUSSEL, « Quand un salarié peut-il refuser de travailler ? », revue *Management*, n°81, déc. 2009, p.80-81).

<sup>6</sup> Rappelons que le public obéit à certaines spécificités culturelles (notamment l'aspiration à l'impersonnalité, le rapport au temps long de la carrière, l'aversion pour la confrontation) et que leur méconnaissance sait freiner toute mobilisation efficace (voir notamment R. HOLCMAN, « Secteur public, secteur privé : similarités et différences dans la gestion des ressources humaines », *Revue française d'administration publique*, n°123, 2007, p.409-422).

<sup>7</sup> Le remplacement ou non, un déplacement de poste ou pas, les seuils d'appel à qualification, la nature de la supervision...

<sup>8</sup> Y. JARLAUD, directeur du département absentéisme d'*Alma Consulting*, indique que ce phénomène « n'est pas une fatalité uniquement liée à un état de santé mais une affaire de management. Au-delà d'un seuil incompressible, il est l'expression au jour le jour de la mobilisation des salariés » (2<sup>ème</sup> baromètre, op. cit., p.3). Par ailleurs, il convient de

la sécurité au travail, l'attraction et la rétention des compétences, la juste adaptation aux caractéristiques de l'activité<sup>1</sup>, l'évolution permanente de l'offre de soins, le dialogue social<sup>2</sup>. Face à l'augmentation de l'absentéisme hospitalier de santé, la fonction Ressources Humaines<sup>3</sup> a la responsabilité de questionner encore sa politique de même que son économie interne<sup>4</sup>. Une mauvaise gestion à ces niveaux risque inévitablement d'accentuer le problème des arrêts médicaux et de majorer les montants associés. À travers ce phénomène inquiétant et cette réflexion nécessaire, la G.R.H. se voit offerte une occasion unique de renouveler ses outils et surtout d'affirmer son rôle<sup>5</sup>. Un meilleur encadrement, une plus grande cohérence des actions, une volonté manifeste de réduire les dépenses, ne relèvent pas d'une simple amélioration du climat social<sup>6</sup>.

Ainsi, l'ambition de notre travail rallie un enjeu plus large, lequel peut se formuler de la manière suivante : *Comment faire en sorte que les ressources humaines dans les structures de soins contribuent à la performance globale des structures de santé ?*<sup>7</sup> Ce qui mobilise alors est une

---

garder à l'esprit que l'émergence des pratiques modernes de GRH reste récente dans le secteur public et la fonction RH mal stabilisée (voir V. CHANUT et H. CHAVAS, « Éduquer à la GRH dans les organisations publiques : Un processus tiré par la demande ou par les connaissances ? », *Revue Politiques et Management public*, vol. 26, n°2, 2008, p.172).

<sup>1</sup> Précisons que cela doit être effectif 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

<sup>2</sup> C'est dans un tel contexte que la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (officialisé le 22 juillet 2009) a donné davantage d'autonomie aux équipes médico-soignantes dans la gestion des pôles d'activité. Les services administratifs « traditionnels », comme les services de gestion du personnel, sont amenés à évoluer, afin de mieux répondre aux besoins d'appui des managers des pôles (guide à l'adresse [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf)).

<sup>3</sup> En passant dans le présent texte de « service » R.H. à « fonction » R.H. nous ne renvoyons pas à quelque évolution sémantique (telle que celle apparue au niveau du « personnel » après 1945) mais satisfaisons à un souci de non répétition.

<sup>4</sup> Un rapport du début 2011, remis au ministre X. BERTRAND ainsi qu'à mesdames V. PECRESSE et N. BERRA, après un état des lieux sur la santé dans notre pays et sur l'évolution de notre environnement, présente neuf propositions distribuées autour de quatre axes. Sur le premier, annoncé comme une priorité, on appelle à mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé [Y. BERLAND, D. CADET et L. HENART, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, janvier 2011 – à consulter via [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_relatif\\_aux\\_metiers\\_en\\_sante\\_de\\_niveau\\_intermediaire\\_-\\_Professionnels\\_d\\_aujourd'hui\\_et\\_nouveaux\\_metiers\\_-\\_des\\_pistes\\_pour\\_avancer.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd'hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf)].

<sup>5</sup> En dépit des incitations du Nouveau Management Public (recommandant dès les années 1980 la transposition des méthodes managériales du secteur privé - voir S. ALECIAN et D. FOUCHER, *Le management dans le service public*, Paris : d'Organisation, 2002), la G.R.H. à l'Hôpital reste désespérément embryonnaire. Un autre rapport de 2011 fera retour à la demande de la précédente ministre R. BACHELOT-NARQUIN de dresser un bilan sur les pratiques. Les auteurs affirment le besoin de passer d'une gestion administrative à une approche plus stratégique de valorisation et de reconnaissance du capital humain. Ils proposent d'impulser le changement à partir de trente-quatre recommandations articulées autour de trois axes : donner du sens, faire le pari de l'autonomie, outiller et appuyer la fonction R.H. (D. TOUPILLIER et M. YAHIEL, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé*, Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Centre National de Gestion des Praticiens hospitaliers et des personnels de Direction, 26 janv. 2011 - accessible à partir du lien : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sur\\_la\\_modernisation\\_de\\_la\\_politique\\_des\\_ressources\\_humaines\\_dans\\_les\\_etablissements\\_publics\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_la_modernisation_de_la_politique_des_ressources_humaines_dans_les_etablissements_publics_de_sante.pdf)).

<sup>6</sup> L. CAPPELETTI et F. NOGUERA montrent notamment l'urgence pour ce service à clarifier et instrumenter la valeur du temps de travail humain (« Le développement durable de la valeur de temps de travail humain : une réponse à la mondialisation, *Revue management et avenir*, n°6, 2005 / 4, p.183-200).

<sup>7</sup> En s'attachant ainsi aux effets des pratiques R.H. sur la performance économique, on s'inscrit dans le courant de l'approche configurationnelle, telle que développée notamment par J. PFEFFER (« Producing sustainable competitive advantage through the effective management of people », *Academy of Management Executive*, 1995, vol.9, n°1, p.55-72.), J.-P. MAC DUFFIE (« Human resource bundles and manufacturing performance : organizational logic and flexible production system in the world Auto industry », 1995, *Industrial and Labor Relations Review*, vol.48, n°2, p.197-221) ou encore J.E. DELERY et D.H. DOTY (« Modes of theorizing in strategic human resource management test of universalistic, contingency and configurational performance predictions », *Academy of management Journal*, vol.39, 2005, n°4, p.802-835).

participation enfin significative, voire centrale<sup>1</sup>. Celle-ci doit s'exprimer à travers une maîtrise ciblée de coûts-performances cachés<sup>2</sup> et, pour être durable, par un changement dans les comportements (motivation, solidarité, ambition, santé, efficacité...).

Un management innovant, favorisant notamment un lien constructif entre la fonction R.H., le contrôle de gestion et la formation (tant initiale que continue), pourrait concourir à cette évolution. Parce que servant à la fois les intérêts des personnels et ceux de la structure d'accueil, cette articulation inciterait davantage à la présence performative. En vue de préparer chacun à devoir mieux contribuer à la performance globale, voire à un présentéisme-qualité, deux grandes hypothèses vont être ici mises à l'épreuve<sup>3</sup>. La première se décline comme suit : *l'absentéisme non ordinaire de santé à l'Hôpital peut être caractérisé et évalué financièrement* ; La seconde peut être énoncée de la sorte : *à l'Hôpital, l'actuelle gestion et régulation des absences « maladie » est à l'origine de coûts-performances cachés*. L'une fait recourir à un diagnostic pluriel (approche statistique, évaluation économique et enquête psychosociale) afin d'identifier le phénomène et d'en mesurer l'ampleur. L'autre incite à s'appuyer sur le précédent examen (particulièrement au niveau des coûts et des retours d'audit) pour objectiver quelque défaillance de la G.R.H., tant au niveau organisationnel que social.

Tester la robustesse de nos conjectures requiert une ouverture du point de vue de la méthode<sup>4</sup>. À l'instar des travaux menés en didactique, on doit au moins reconnaître trois paradigmes assez contrastés, en commençant par les préciser<sup>5</sup>. Le premier est dit « pragmatique » lorsque ramassé autour du possible, de la faisabilité, de l'incitation. Le suivant est appelé « herméneutique » quand organisé autour du sens, plus interprétatif et qualitatif que le précédent. Le troisième est baptisé « nomothétique » dès lors que développé autour de la preuve, des régularités, des invariants et de la réplication des résultats. Par ailleurs, il est judicieux d'être instruit des natures de recherche facilitant une analyse de l'absentéisme. J.-P. Dumont a récemment reformulé ce pluriel en distinguant trois

---

<sup>1</sup> R. SOUBIE, président d'ALTEDIA, groupe de conseil en management spécialisé en R.H., avait signalé combien pouvait devenir importante la place occupée par la fonction R.H. depuis que les stratégies sont centrées sur la recherche de l'optimum, la réduction des coûts et la réactivité des décisions. Ce nouveau défi serait même capable de remettre les D.R.H. « au centre du jeu » (« R.H., trois chantiers pour un enjeu majeur », *Revue RH & M*, n°8, janvier 2003).

<sup>2</sup> Cela interpelle des coûts directs (remplacements, heures supplémentaires, recrutement, formation, supervision) mais aussi d'autres, indirects (désorganisation du travail, inertie, perte de production, supplément de gestion administrative...).

<sup>3</sup> Une tendance actuelle est la multiplication des hypothèses. Il reste envisageable de dédoubler les deux nôtres (l'une passerait par 1a) : caractérisation possible de cet absentéisme de santé ; 1b) : faisabilité d'une évaluation financière de ces absences ; l'autre se diviserait en 2a) : coûts organisationnels imputables et 2b) : coûts « risques qualité-compétitivité-santé » attribuables). Au-delà de cette subdivision, toute partition menace de devenir contre-productive.

<sup>4</sup> Nous avons retenu ici une leçon de M. SERRES, à savoir que la seule opposition de méthodes peut servir la fuite dans une bataille mobilisatrice qui évite surtout de réellement travailler (*Le passage du Nord-ouest*, Paris : Minuit, 1980).

<sup>5</sup> Le terme est préféré à celui de typologie car le but poursuivi n'est pas classificatoire mais d'être éclairant quant au dégagement possible des logiques, caractéristiques dominantes et combinaisons particulières (il n'y a pas non plus de prétention à l'exhaustivité). On peut se reporter notamment à la contribution de J.-P. ASTOLFI, « Trois paradigmes pour les recherches en didactique », *Revue Française de Pédagogie*, n°103, avril-mai-juin 1993, p. 5-18.

options : les approches « empirique », « explicative » et « clinique »<sup>1</sup>. Or, ici comme là, le but est tantôt praxéologique (agir) tantôt spéculatif (savoir)<sup>2</sup>, tout y devient une question de priorité et éventuellement de combinatoire. Notre démarche, en s'inscrivant dans une conception alternative à celle de la rationalité classique des activités d'exécution<sup>3</sup>, emprunte à l'ensemble de ces modèles<sup>4</sup>.

#### *Terrains et axes de travail :*

Pour récupérer les informations nécessaires à notre étude de la situation hospitalière, nous avons sollicité six établissements (deux par grandes catégories)<sup>5</sup>. Trois d'entre eux ont répondu favorablement à notre proposition (entre 2005 et 2008). Chacun correspond à une échelle différente parmi le trio principalement représenté en France (l'un autour de 7 000 professionnels, un autre de plus de 2000 salariés et un dernier inférieur à 300 agents). Une clause de confidentialité interdit de les identifier mais nous sommes en droit de préciser qu'il s'agit d'hôpitaux arvernes (Centre France). Les négociations pour intervenir ont demandé beaucoup de précautions et de patience. Les rencontres ont été nombreuses et les autorisations obtenues s'avèrent parfois contrastées (de la bonne disposition au quasi protectionnisme). Dans le plus grand, l'ouverture s'est notamment limitée à l'étude de données très ciblées et à la proposition d'outils spécifiques. Pour les deux suivants, outre des renseignements quant à la population, nous avons eu le droit d'effectuer quelques immersions discrètes dans les services et de nous entretenir avec les différents personnels<sup>6</sup>. Dans le plus petit, nous avons accepté d'élargir notre étude aux arrêts « maladie » ordinaires (à l'évidence nombreux). Les deux autres nous ont laissé nous concentrer sur les congés longs (à peine reconnus embarrassants).

Nous nous sommes mobilisée autour de deux séries de travaux. L'une part du concept clé de « coût-performance caché ». On y explicite le modèle théorique d'affiliation ainsi que son

---

<sup>1</sup> Voir J.-P. DUMOND, « L'absentéisme pour raison de santé ; comparaison méthodologique », *Santé publique*, 2009, vol. 21, n°1, p.25-35.

<sup>2</sup> Distinction proposée par C. DELORME dès le début des années quatre-vingts (voir par exemple, son ouvrage *De l'animation pédagogique à la recherche-action*, Lyon, Chronique sociale, 1982).

<sup>3</sup> Pour une approche de type socio-économique, l'objectif d'une organisation n'est pas de tendre vers un fonctionnement fondé sur la rationalité économique ou celle absolutisée d'optimisation sous contraintes. Il s'agit plutôt d'élargir la rationalité du *modus operandi* de l'organisation sociale et économique, au sens simonien [soit le choix en fonction de critères disponibles qui semblent pertinents en vue d'une alternative plus satisfaisante que d'autres (cf. H.A. SIMON, *Administrative behavior, a study of decision - Making processes in administrative organisation*, 1947, New York : Macmillan, p.75)].

<sup>4</sup> L'essentiel nous semble d'approcher par une voie ou une autre, ou encore à travers les trois (ou les six), avec respect pour chacune et clairvoyance sur toutes, cet idéal de recherche énoncé par Cl. HAGÈGE : « Ni légèreté présomptueuse des généralisations sur quelques données anémiques, ni accumulation besogneuse de savoirs invertébrés, mais effort opiniâtre d'une pensée scientifique qui synthétise et prédit, parce qu'elle exploite à fond le terrain factuel et observe sans schèmes préformés » (À propos de l'œuvre d'A.G. Haudricourt, *Le Monde*, 10 juill. 1987).

<sup>5</sup> On entend par là les trois structures d'accueil que sont l'Hôpital local (H.L.) ou rural (H.R.), le centre hospitalier (C.H.) et le centre hospitalier universitaire (C.H.U.). Signalons que nous avons également pu tester deux modules de notre modèle d'évaluation (caractérisation statistique des absences et analyse financière de leurs principaux impacts) dans un établissement de santé privé, local et de petite taille (200 < x < 300 salariés).

<sup>6</sup> Naturellement, la gestion de ces entretiens reste conditionnée à la disponibilité des acteurs respectifs, au vu de l'ensemble des obligations du service. Par ailleurs, dans la structure de taille moyenne, nous avons obtenu la possibilité de consulter certains dossiers médicaux ; dans le plus petit des établissements, nous avons eu la permission d'administrer un questionnaire complémentaire aux interviews.

application à l'absentéisme, avant de procéder à une double évaluation. Il s'agit de satisfaire à un examen descriptif et critérié (identifier diverses représentativités pour les agents non médicaux selon une grille d'items), puis qualitatif et quantitatif (entretiens avec l'encadrement et les différents personnels, analyse des données statistiques), Ces mobilisations constituent des étapes décisives du diagnostic socio-économique. L'autre investigation vise à objectiver une faiblesse éventuelle au niveau de la G.R.H. On traque les coûts-performances cachés au cœur de la gestion de l'information « absence de santé », de même que dans les régulations décidées puis mises en œuvre. Il convient de s'attacher au graphe des procédures (repérage des actions peu adaptées ou perfectibles) et à la matrice financière subséquente (mesure des dépenses puis anticipation de gains possibles compte tenu de certains coûts compressibles). Ce volet constitue la dernière étape dans l'évaluation conduite.

En dépit de l'espace accaparé par le traitement statistique de nos données, nous avons satisfait au canon d'une distribution en un seul volume. Celui-ci, outre le cheminement de sensibilisation, livre d'abord le modèle d'affiliation, les différentes investigations et les préconisations adressées aux établissements (dissertation doctorale). Il regroupe ensuite nos supports d'enquête, guides d'interview, bases de données, analyses subséquentes et premières fréquences dégagées, sans oublier quelques textes explicitant certaines spécificités en milieu de soins (annexes de la thèse).

Le corps principal du texte est lui-même composé de deux parties fractionnées chacune en trois chapitres. Une fois l'introduction achevée, on fait le point sur ce qu'est et devient notre référentiel pour le dysfonctionnement « congés maladie ». L'exposé initial part de la volonté de réforme qui pèse depuis plusieurs décennies sur l'Hôpital français. Il enchaîne avec la notion phare dans la méthode retenue et présente les différents leviers pour évaluer. Celui-ci décrit par la suite l'évolution de l'environnement hospitalier et s'achève avec un profil perfectible de sa fonction R.H. Nous l'avons appelé : *Approche socio-économique de l'absentéisme « maladie » à l'hôpital : Contexte, théorie et outils*. La division suivante détaille nos actions en structures publiques de soins afin de caractériser les absences de santé chez le personnel non médical. Elle rappelle d'abord les données officielles, précise ensuite le cadre organisant la gestion des arrêts pour raison de santé et communique enfin les retours chiffrés. Nous lui avons donné pour titre : *Diagnostic dysfonctionnel des interruptions pour « maladie » à l'hôpital : Terrains, pratique et résultats*. Attentive à la redondance minimale qu'impose un partage réel des informations, toute avancée dans notre recherche donne lieu à un résumé ou « bref » puis à un récapitulatif des acquis successifs. Nous terminons avec une synthèse de ce qui a été rendu intelligible et actionnable. Celle-ci est complétée par une bibliographie signifiante et trois annexes conséquentes.

Signalons pour clore deux résolutions. La première, depuis le début du tapuscrit, est un renvoi infra-paginal des notes, avec reprise de la numérotation après chaque feuillet. Cette procédure nous apparaît la plus lisible dans une perspective de communication sérieuse. Le nombre et parfois la taille



de ces compléments d'information peuvent surprendre. Ceux-ci répondent à une volonté de consistance, autrefois encouragée. Il s'agit de produire des éléments éclairants et non de simples échos de circonstance, comme on peut trop souvent le déplorer<sup>1</sup>. La seconde option est le recours à un « style » d'écriture, sensible à l'avertissement de R. Barthes<sup>2</sup>. Aujourd'hui, sous couvert de simplicité, on cède régulièrement à une successivité académique et subalterne de mise en forme<sup>3</sup>. Cela finit par tuer le fond<sup>4</sup>. Nous nous sommes efforcée à toujours faire la part des choses. Il s'agissait de construire avec exigence mais aussi, dans la mesure du possible, de le faire avec élégance<sup>5</sup>.

Notre contribution a le sens des limites mais ne renonce pas à une certaine ambition. Elle veut participer d'une réaction contre la conscience déjà résignée, l'initiative trop souvent décrochée et le silence presque toujours coupable.

---

<sup>1</sup> Sans vouloir polémiquer, disons qu'il n'y a rien de plus inutile pour un chercheur que ces renvois opportunistes (fut-ce dans une étude de qualité) dont on ne précise le plus souvent que l'auteur et l'année de publication. Le minimum reste le titre, la maison d'édition, la page de référence et, dans la mesure du possible, une contextualisation du propos.

<sup>2</sup> Avant de faire court et clair, l'écriture doit aider à explorer comme à décanter. Cette dernière, fut-ce chez le chercheur, et quitte à paraître parfois un brin « précieuse », ne doit pas verser trop tôt dans « l'écriture » (renvoi à R. BARTHES, *Le bruissement de la langue*, Paris : Seuil, 1980, p.177).

<sup>3</sup> Une thèse ne devrait pas se limiter à un travail simplement transcrit. Ce peut être une obsession et un style cognitif, un laboratoire et une exploration constructive, un mode de pensée en marche et une inflexion libératrice, un voyage vers l'altérité et le monde puis un retour à soi. La rigueur ne s'en trouve pas amoindrie. Bien au contraire, fond et forme sont alors « constitutifs d'une recherche vivante, prise dans le désir », et non pas mue par « la seule nécessité de passer un examen, d'obtenir un diplôme, d'assurer une promotion de carrière » (id.). Pourquoi incite-t-on à confondre cet acheminement vers l'horizon éclairant du simple avec quelque accès aux bénéfices immédiats du simplifié ?

<sup>4</sup> L. IRIGARAY a d'ailleurs surenchéri sur cette mise en garde. Elle recommande de ne jamais confondre les recul et épure du scientifique avec une rationalisation de paranoïaque (sur « du déjà mort »). Elle dénonce notamment une progression mortifère (prohibition du subjectif, mise à l'abri de toute instabilité et fluctuations affectives, bâillon du désir) qui, à renfort de freins intradiscursifs, finit par installer dans le systématique (ruinant la possibilité même d'une énonciation qualitativement différente). Bien que préconisant une posture de neutralité et ce à renfort d'une expression surveillée, d'une limitation de variables puis d'un traitement mathématisé, ces défenses finiraient le plus souvent par l'emporter. Outre les thèmes d'étude qui se verraient insidieusement limités, le langage serait lui-même orienté et les objets d'application complètement dénaturés. [*Parler n'est jamais neutre*, Ed. de Minuit, 1985, p.159-312 et p.317-320 (coll. « Critiques »)].

Il va sans dire que se référer à cette recommandation de linguiste engagée ne signifie pas pour autant que l'on se range à toutes les positions de l'auteur(e), et notamment à celles de la combattante féministe (encore que son intuition d'imaginaire sexué dans la science des hommes mérite sans doute d'être encore méditée...).

<sup>5</sup> Signalons pour clore une création d'E. MORIN. En redécouvrant un conte d'H. WALPOLE (1757), *Les trois princes de Sérendip*, où les personnages découvrent par la finesse de leurs observations des choses qu'ils ne cherchent pas, ce chercheur a forgé dans le milieu des années quatre-vingt le terme de *sérendipité*. Il appelle ainsi à la promotion d'une combinaison particulièrement active, celle de l'aptitude à faire preuve de perspicacité dans les situations inattendues et d'une déduction aussi exigeante que patiente lors de la confrontation aux faits (voir *La connaissance de la connaissance*, La Méthode, T.3, Paris : Seuil, 1992, p.179) [1<sup>ère</sup> éd. 1986].

*Bref :*

Notre étude souhaite interpeller sur une urgence puis convaincre d'une faisabilité.

Ses ancrages participent de son accroche comme de son efficacité. Elle aborde un sujet pour le moins délicat : l'absentéisme salarié. Son attention se porte sur un volet économiquement lourd : les congés « maladie ». Celle-ci s'attache à la part devenue la plus critique dans ces arrêts de travail : les interruptions longues. Son regard est ensuite tourné vers un milieu rendu sensible au coût de la santé : l'Hôpital public. Là, elle prend acte d'une mise à contribution face au déficit de la sécurité sociale : l'obligation d'efficacité. Sa population de référence est la plus massivement représentée : les personnels non médicaux. Elle enregistre dans la pyramide des âges un risque d'instabilité majoré : le vieillissement des agents. Sa démarche s'inspire par ailleurs d'une méthode à la fois novatrice et éprouvée : l'approche socio-économique des organisations. Celle-ci en élargit le champ d'application tout en revisitant son instrumentation : le diagnostic des absences non ordinaires. Ses investigations se déroulent enfin dans trois établissements locaux : région Centre France. Elle accède aux trois échelles le plus régulièrement rencontrées : C.H.U., C.H., H.L (ou H.R.).

D'où le choix de nos titre et sous-titre :

L'Hôpital malade de l'absentéisme « santé »

*Évaluation socio-économique des congés« maladie » non ordinaires chez les personnels non médicaux dans trois établissements publics d'Auvergne*

L'articulation proposée dans le cadre de ce travail n'a jamais été réalisée auparavant. On y associe un objet embarrassant, un espace bousculé par quatre décennies de réforme, un collectif professionnel majeur mais peu valorisé et une affiliation théorico-pratique à un modèle non orthodoxe. Par ailleurs, ces absences pour raison médicale (les C.L.M. et C.L.D.), trop rarement questionnées, le sont moins encore à l'Hôpital. Or, celles-ci constituent un enjeu de gestion par les désorganisations et les coûts, principalement cachés, qu'elles suscitent. Ces dernières représentent également un enjeu de santé sociale (voire publique), en raison de la morbidité qu'elles expriment. Le but poursuivi est donc d'inciter à améliorer la situation en commençant par persuader les dirigeants de l'ampleur du préjudice. De là un examen qui caractérise le pool absent puis évalue les débours directs et indirects. Il s'agit également d'interpeller la Gestion des Ressources Humaines sur d'éventuelles défaillances quant à ses stratégies. D'où une enquête psycho-sociale qui propose un certain nombre de retours sur la base d'interviews et d'immersions discrètes dans les services.

Notre question nodale peut se formuler ainsi :

*En quoi un diagnostic socio-économique appliqué aux congés de type C.L.M. et C.L.D. chez les personnels de soins en secteur public contribue-t-il à impliquer davantage la fonction R. H. dans la performance globale de l'Hôpital ?*

Nos leviers et indicateurs de réussite se veulent résolument sobres.

En apostrophant à la fois les registres financier, organisationnel et social, la problématisation communiquée en supra rejoint une préoccupation plus grande : *Comment faire en sorte que les ressources humaines dans les structures de soins contribuent davantage à la performance globale des établissements de santé ?* Certes, la thèse soutenue reste beaucoup plus modeste (limitée à l'identification et à l'intelligence actionnable des arrêts pour raison médicale dans les hôpitaux). Elle n'en incite pas moins à ouvrir cette voie en faveur de l'implication et de l'optimisation (vers une nouvelle expérience pilote ?). Quant à ses états, ils ont l'avantage d'être clairs et solides. Afin de conjuguer compétitivité hospitalière et qualité de l'emploi, la maîtrise des coûts-performances cachés apparaît décisive. Cette détermination à optimiser invite également à mettre en place un management innovant, incitant progressivement à une présence performative. Lors, en vue de persuader les uns (direction) et de motiver les autres (G.R.H.), deux hypothèses d'obédience socio-économique sont mises à l'épreuve.

Sous leur forme affirmative, celles-ci se déclinent comme suit :

- 1°) *L'absentéisme non ordinaire de santé dans les établissements hospitaliers peut être caractérisé et évalué financièrement.*
- 2°) *À l'Hôpital, l'actuelle gestion et régulation des absences « maladie » est à l'origine de coûts-performances cachés.*

Le contenu de notre recherche se présente en un seul volume. Le corps du texte, porteur des éclairages conceptuels puis des retours chiffrés y est découpé en deux parties. Ces dernières sont fractionnées en trois chapitres chacune. La première, décrivant cadre et modèle, est appelée : *Approche socio-économique de l'absentéisme « maladie » à l'hôpital : Contexte, théorie et outils*. La seconde, appliquant méthode et instruments, a pour titre : *Diagnostic dysfonctionnel des interruptions pour « maladie » à l'hôpital : Terrains, pratique et résultats*. La progression donne lieu à de réguliers résumés ou « brefs » ainsi qu'à des récapitulatifs de volets. Une synthèse clôture le travail, suivie d'une bibliographie signifiante (intégralité des ouvrages croisés) et de trois annexes (supports, cadre juridique et compléments statistiques).

**« ...tout responsable des ressources humaines peut participer à la performance économique et sociale de l'entreprise »**

J.-M. PLANE, *La Gestion des Ressources Humaines*, Economica, 2003, p.8.

**« Concilier la satisfaction des malades et celle des professionnels est impossible sans de nouveaux paradigmes, sans des expériences menées, évaluées, interrompues ou reconduites. »**

J.-J. ROMATET, « Le rôle du manager dans les organisations complexes. L'exemple de l'hôpital français », *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°91, déc., p.5.